

Практические Рекомендации
Всемирной Гастроэнтерологической Организации

Констипация: глобальная перспектива

Ноябрь 2010



Авторы обзора

Greger Lindberg (Председатель)

Saeed Hamid (Пакистан)

Peter Malfertheiner (Германия)

Ole Thomsen (Дания)

Luis Bustos Fernandez (Аргентина)

James Garisch (Южная Африка)

Alan Thomson (Канада)

Khean-Lee Goh (Малайзия)

Rakesh Tandon (Индия)

Suliman Fedail (Судан)

Benjamin Wong (Китай)

Aamir Khan (Пакистан)

Justus Krabshuis (Франция)

Anton Le Mair (Нидерланды)

1 Содержание

- 1 Вступление 3**
 - 1.1 Каскады — подход в зависимости от ресурсов 3
 - 2 Определение и патогенез 3**
 - 2.1 Патогенез и факторы риска 4
 - 2.2 Связанные состояния и медикаментозное лечение 5
 - 3 Диагноз 6**
 - 3.2 Диагностические критерии функциональной конституции 6
 - 3.2 Оценка пациента 7
 - 3.3 Тревожные симптомы 8
 - 3.4 Показания для скрининговых исследований 8
 - 3.5 Измерение транзита 9
 - 3.6 Клиническая оценка 9
 - 3.7 Каскадные варианты для обследования при тяжелом и рефрактерном к лечению запоре 10
 - 4 Лечение 11**
 - 4.1 Схема общего ведения конституции 11
 - 4.2 Симптоматический подход 12
 - 4.3 Диета и добавки 12
 - 4.4 Медикаментозное лечение 12
 - 4.5 Хирургия 13
 - 4.6 Заключение, основанное на доказательствах 13
 - 4.7 Каскадные варианты для лечения хронического запора 14
 - 4.8 Каскадные варианты для лечения нарушений эвакуации 14
-
- 1.1 Список таблиц**
 - Таблица 1 Патология физиологии функциональной конституции 4
 - Таблица 2 Возможные причины и состояния, связанные с конституцией 5
 - Таблица 3 Лекарственные средства, связанные с конституцией 6
 - Таблица 4 Римские III критерии для функциональной конституции 6
 - Таблица 5 Тревожные симптомы при конституции 8
 - Таблица 6 Физиологические тесты для хронической конституции 8
 - Таблица 7 Категории конституции, основанные на клинической оценке 9
 - Таблица 8 Общее ведение конституции 11
 - Таблица 9 Заключение: доказательная база для лечения конституции 13
 - 1.2 Рисунок**
 - Рис. 1 Бристольская Шкала Формы Стула: средство, помогающее пациентам сформулировать свои жалобы на консистенцию стула 7

2 1 Вступление

Конституция (запор) – это хроническая проблема многих пациентов по всему миру. В некоторых группах пациентов, например, пожилых, конституция представляет собой значительную медицинскую проблему, однако, в большинстве случаев хронический запор аггравировается, но не является жизнеугрожающей или изнуряющей жалобой. С этим состоянием можно справиться в амбулаторных условиях со стоимостью-эффективным контролем над симптомами.

Терминология, связанная с конституцией, проблематична. Существует два патофизиологических механизма, которые отличаются по принципу, но наслаиваются друг на друга: нарушения транзита и нарушения эвакуации. Первый может возникать вторично по отношению ко второму, а второй иногда может являться следствием первого.

Данные практические рекомендации фокусируются на взрослых пациентах и в них не выделяются конкретно дети или особые группы пациентов (такие как пациенты со спинальной травмой).

2.1 1.1 Каскады — подход в зависимости от ресурсов

Золотой стандартный подход применим в странах и регионах, где доступен полный набор диагностических возможностей и вариантов медикаментозного лечения для всех типов и подтипов запоров.

Каскад: иерархический набор диагностических, терапевтических вариантов и вариантов ведения, относящихся к риску и заболеванию, распределенных в зависимости от доступных ресурсов.

3 2 Определение и патогенез

Слово “конституция” или «запор» имеет несколько значений, и то, как оно используется, может различаться не только у разных пациентов, но и в разных культурах и регионах. В шведском популяционном исследовании было показано, что необходимость приема слабительных является самой частой концепцией конституции (57% участников). В том же самом исследовании женщины (41%) в два раза чаще чем мужчины (21%) расценивали как запор редкую деятельность кишечника, в то время как равные пропорции мужчин и женщин считали, что конституцией является твердый стул (43%), натуживание во время дефекации (24%) и боль при проходе каловых масс (23%). В зависимости от различных факторов — диагностического описания, демографии и групповой выборки — исследования показывают распространенность конституции в западных популяциях между 1% и более чем 20%. В исследованиях пожилой популяции о симптомах конституции сообщают до 20% людей, проживающих в своих домах, и 50% пожилых людей, живущих в домах для престарелых.

Функциональная конституция в основном описывается как нарушение, характеризующееся постоянной затрудненной или неполной (по ощущениям) дефекацией и/или редкой деятельностью кишечника (один раз в 3 – 4 дня или реже) при отсутствии тревожных симптомов или вторичных причин. Различия в медицинском описании и вариации сообщаемых симптомов затрудняют сбор достоверных эпидемиологических данных.

3.1 2.1 Патогенез и факторы риска

Функциональная конституция может иметь множество различных причин, от изменений в диете, физической активности или стиля жизни до первичной моторной дисфункции за счет кишечной миопатии или нейропатии. Конституция также может быть вторичной по отношению к нарушениям эвакуации. Нарушения эвакуации могут быть связаны с парадоксальным анальным сокращением или непровольным анальным спазмом, который может возникать из-за поведенческих нарушений дефекации у двух третей пациентов.

Таблица 1 Патопизиология функциональной конституции

Патопизиологический подтип	Главный признак, в отсутствии тревожных симптомов или вторичных причин
1 Дискинетический (снижение скорости транзита) <ul style="list-style-type: none"> • Инерция толстого кишечника • Сверхактивность толстого кишечника 	Медленный транзит кала по толстому кишечнику за счет: <ul style="list-style-type: none"> • Сниженной активности толстого кишечника • Повышенной, нескоординированной активности толстого кишечника
2 Нарушения эвакуации	Транзит по толстому кишечнику может быть нормальным или замедленным, но эвакуация кала из прямой кишки неадекватна/затруднена
3 Синдром раздраженного кишечника (СРК) с преобладанием запоров	<ul style="list-style-type: none"> • Абдоминальная боль, метеоризм, изменения деятельности кишечника • Может появляться в комбинации с 1 или 2

В то время как физические упражнения и диета с высоким содержанием клетчатки могут служить защитой, риск развития конституции могут повышать следующие факторы (связь может не быть причинной):

- Возраст (но конституция не является физиологическим последствием нормального старения)
- Депрессия
- Низкая физическая активность
- Низкое потребление калорий
- Низкий доход и низкий образовательный уровень
- Количество принимаемых медикаментов (независимые профили побочных эффектов)

- Физическое и сексуальное насилие
- Женский пол — более высокая частота сообщений о констипации у женщин

3.2 2.2 Связанные состояния и медикаментозное лечение

Таблица 2 Возможные причины и состояния, связанные с констипацией

Механическая обструкция

- Колоректальная опухоль
- Дивертикулез
- Стриктуры
- Внешнее давление от опухоли (или другого образования)
- Большое ректоцеле
- Мегаколон
- Постхирургическая патология
- Анальные трещины

Неврологические нарушения/нейропатия

- Автономная нейропатия
- Цереброваскулярная болезнь
- Когнитивное нарушение/деменция
- Депрессия
- Рассеянный склероз
- Болезнь Паркинсона
- Патология спинного мозга

Эндокринные/метаболические состояния

- Хроническое заболевание почек
- Дегидратация
- Сахарный диабет
- Отравление тяжелыми металлами
- Гиперкальциемия
- Гипермагниемия
- Гиперпаратиреоз
- Гипокалиемия
- Гипомагниемия
- Гипотиреоз
- Множественная эндокринная неоплазия II
- Порфирия
- Уремия

Желудочно-кишечные нарушения и местные болезненные состояния

- Синдром раздраженного кишечника
- Абсцесс
- Анальная трещина
- Фистула
- Геморрой
- Синдром леватора анального прохода
- Мегаколон
- Спастическая прокталгия (Proctalgia fugax)
- Пропалп прямой кишки
- Ректоцеле
- Заворот кишок

Миопатия

- Амилоидоз
- Дерматомиозит
- Склеродерма
- Системный склероз

Диетические

- Диета
- Недостаток жидкости
- Низкое содержание клетчатки
- Анорексия, деменция, депрессия

Разное

- Сердечные заболевания
- Дегенеративная болезнь суставов
- Имобильность

Таблица 3 Лекарственные средства, связанные с констипацией

Рецептурные препараты

- Антидепрессанты
- Противозепилептические
- Антигистаминные
- Антипаркинсонические
- Нейролептики
- Спазмолитики
- Блокаторы кальциевых каналов
- Диуретики
- Ингибиторы моноаминоксидазы
- Опиаты
- Симпатомиметики
- Трициклические антидепрессанты

Безрецептурные препараты

- Антациды (содержащие алюминий, кальций)
- Противодиарейные
- Добавки кальция и железа
- Нестероидные противовоспалительные препараты

4 3 Диагноз

Констипация – это частое состояние, и хотя только меньшая часть пациентов ищет медицинской помощи, в одних США в год фиксируется несколько миллионов визитов к врачу, в то время как в Великобритании в 2006 г. врачами общей практики было выписано более 13 миллионов рецептов на слабительные средства. Помощь специалиста-гастроэнтеролога может заключаться в эффективном применении средств здравоохранения путем идентификации тех пациентов, которым использование специализированной диагностической оценки и лечения принес максимальную пользу.

4.1 3.1 Диагностические критерии для функциональной констипации

Международный совет экспертов разработал единые критерии для диагноза констипации — Римские III критерии.

Таблица 4 Римские III критерии для функциональной констипации

Общие критерии

- Наличие как минимум в течение 3 месяцев за период в 6 месяцев
- Специфические критерии применимы как минимум к одному из четырех актов дефекации

- Недостаточные критерии для синдрома раздраженного кишечника (СРК)
- Отсутствие стула, или редкий мягкий стул

Специфические критерии: наличие двух или более

- Натуживание
- Комковатый или твердый стул
- Чувство неполной эвакуации
- Ощущение аноректальной блокады или обструкции
- Ручные или пальцевые действия, призванные облегчить дефекацию
- Менее трех дефекаций в неделю

4.2 3.2 Оценка пациента

Анамнез и физикальный осмотр при запорах должны фокусироваться на идентификации возможной причины и тревожных симптомов.

- Консистенция стула. Она считается лучшим, чем частота стула, показателем кишечного транзита (Рис. 1).

Рис. 1 Бристольская Шкала Формы Стула: средство, помогающее пациентам при сообщении о консистенции стула (Воспроизведено с разрешения Lewis SJ and Heaton KW, et al, Scandinavian Journal of Gastroenterology 1997;32:920–4). ©1997 Informa Healthcare

Тип 1		Отдельные твердые комки, похожие на орехи (трудно проходящие)
Тип 2		Форма колбаски, но комковатый
Тип 3		Колбаска, но с трещинами на поверхности
Тип 4		Колбаска или змея, гладкий и мягкий
Тип 5		Мягкие сгустки с четкими краями (легко проходящие)
Тип 6		«Пушистые» комочки с неровными краями, мягкий стул
Тип 7		Водянистый, нет твердых комков (полностью жидкий)

- Описание пациентов симптомов констипации; дневник симптомов:
 - Вздутие, боль, недомогание
 - Природа стула
 - Деятельность кишечника
 - Длительное/избыточное натуживание
 - Неудовлетворяющая дефекация
- Использование слабительных, в анамнезе и в настоящий момент; частота и доза

- Настоящее состояние, медицинский анамнез, недавно перенесенные хирургические операции, психиатрические заболевания
- Сไตล์ жизни пациента, содержание клетчатки в диете, прием жидкости
- Использование свечей или клизм, других медикаментов (рецептурных или безрецептурных)
- Физикальный осмотр:
 - Образования в желудочно-кишечном тракте
 - Аноректальное исследование:
 - Фекальное вклинивание
 - Стриктура, пролапс прямой кишки, ректоцеле
 - Парадоксальная или нерасслабляющаяся пуборектальная активность
 - Образование в прямой кишке
- По показаниям: исследование крови — биохимический профиль, клинический анализ крови, кальций, глюкоза, функция щитовидной железы

4.3 3.3 Тревожные симптомы

Таблица 5 Тревожные симптомы при констипации

Тревожные симптомы или ситуация

- Изменения толщины стула
- Положительная кровь в кале
- Железодефицитная анемия
- Обструктивные симптомы
- Пациенты > 50 лет без ранее проведенного скрининга на рак толстого кишечника
- Недавнее начало констипации
- Ректальное кровотечение
- Пролапс прямой кишки
- Снижение веса

Рекомендованное исследование: колоноскопия

4.4 3.4 Показания для скрининговых исследований

Лабораторные исследования, визуальные методы или эндоскопия и функциональные тесты показаны только пациентам с тяжелой хронической констипацией или тревожными симптомами.

Таблица 6 Физиологические тесты при хронической констипации (воспроизведено с разрешения Rao SS, Gastrointest Endosc Clin N Am 2009;19:117–39)

Тест	Сила	Слабость	Замечания
Исследование транзита по толстому кишечнику с рентгеноконтрастными маркерами	Оценивает наличие медленного, нормального или быстрого транзита по толстому кишечнику; недорогое и широко доступное	Несостоятельна методология; валидность под вопросом	Полезно для классификации пациентов в соответствии с патофизиологическими подтипами

Тест	Сила	Слабость	Замечания
Аноректальная манометрия	Выявляет нарушения эвакуации, ректальную гиперчувствительность, ректальную гипочувствительность, нарушения соответствия, болезнь Хиршпрунга	Отсутствие стандартизации	Полезна для установления диагноза болезни Хиршпрунга, нарушения эвакуации, ректальной гиперчувствительности и ректальной гипочувствительности
Тест с баллонным вытеснением	Простое, недорогое, «у постели больного», исследование на способность эвакуации симулированного стула; выявляет нарушения эвакуации	Отсутствие стандартизации	Нормальный тест с баллонным вытеснением не исключает диссинергии; должен интерпретироваться вместе с результатами других аноректальных тестов

4.5 3.5 Измерение транзита

5-дневное исследование с задержкой маркеров – это простой метод измерения кишечного транзита. Маркеры принимаются одновременно, и через 120 часов оставшееся количество маркеров определяется с помощью прямой рентгенографии брюшной полости. Если в кишечнике остается более 20% маркеров, транзит считается замедленным. Дистальное накопление маркеров может указывать на нарушение эвакуации, и в типичных случаях дискинетической конституции почти все маркеры сохраняются в правой и левой частях.

Маркеры производятся несколькими компаниями, но маркеры также можно изготовить из безопасной для пациента рентгеногегативной трубки, порезав ее на мелкие кусочки (2 – 3 мм длиной). Соответствующее количество маркеров (20–24) может быть помещено в желатиновые капсулы для улучшения их прохождения через желудок.

4.6 3.6 Клиническая оценка

Классификация конституции у пациента должна основываться на анамнезе заболевания, данных осмотра и лабораторных исследованиях.

Таблица 7 Категории конституции, основанные на клинической оценке

Тип конституции	Типичные признаки
Конституция с нормальным транзитом, СРК с преобладанием запоров	<ul style="list-style-type: none"> • Анамнез, отсутствие патологии при физикальном осмотре • Боль и вздутие • Чувство неполной эвакуации

Тип констипации	Типичные признаки
Дискинетическая констипация (медленный транзит)	<ul style="list-style-type: none"> • Медленный транзит по кишечнику • Нормальная функция тазового дна
Нарушение эвакуации	<ul style="list-style-type: none"> • Продолжительное/избыточное натуживание • Затрудненная дефекация, даже при мягком стуле • Пациент применяет перинеальное/вагинальное надавливание для дефекации • Ручные действия для помощи дефекации • Высокое давление базального сфинктера (аноректальная манометрия)
Идиопатическая/органическая/вторичная констипация	<ul style="list-style-type: none"> • Известный побочный эффект лекарств, препараты, способствующие дефекации • Доказанная механическая обструкция • Метаболические нарушения — изменения в анализах крови

4.7 3.7 Каскадные варианты для исследования тяжелой и резистентной к лечению констипации

Уровень 1—ограниченные ресурсы

- Анамнез и общий физикальный осмотр
- Аноректальное исследование, заполнение недельной карточки по деятельности кишечника
- Исследование транзита с помощью рентгенонегативных маркеров
- Тест с баллонным вытеснением

Уровень 2—средние ресурсы

- Анамнез и общий физикальный осмотр
- Аноректальное исследование, заполнение недельной карточки по деятельности кишечника
- Исследование транзита с помощью рентгенонегативных маркеров
- Тест с баллонным вытеснением или дефекография

Level 3—extensive resources

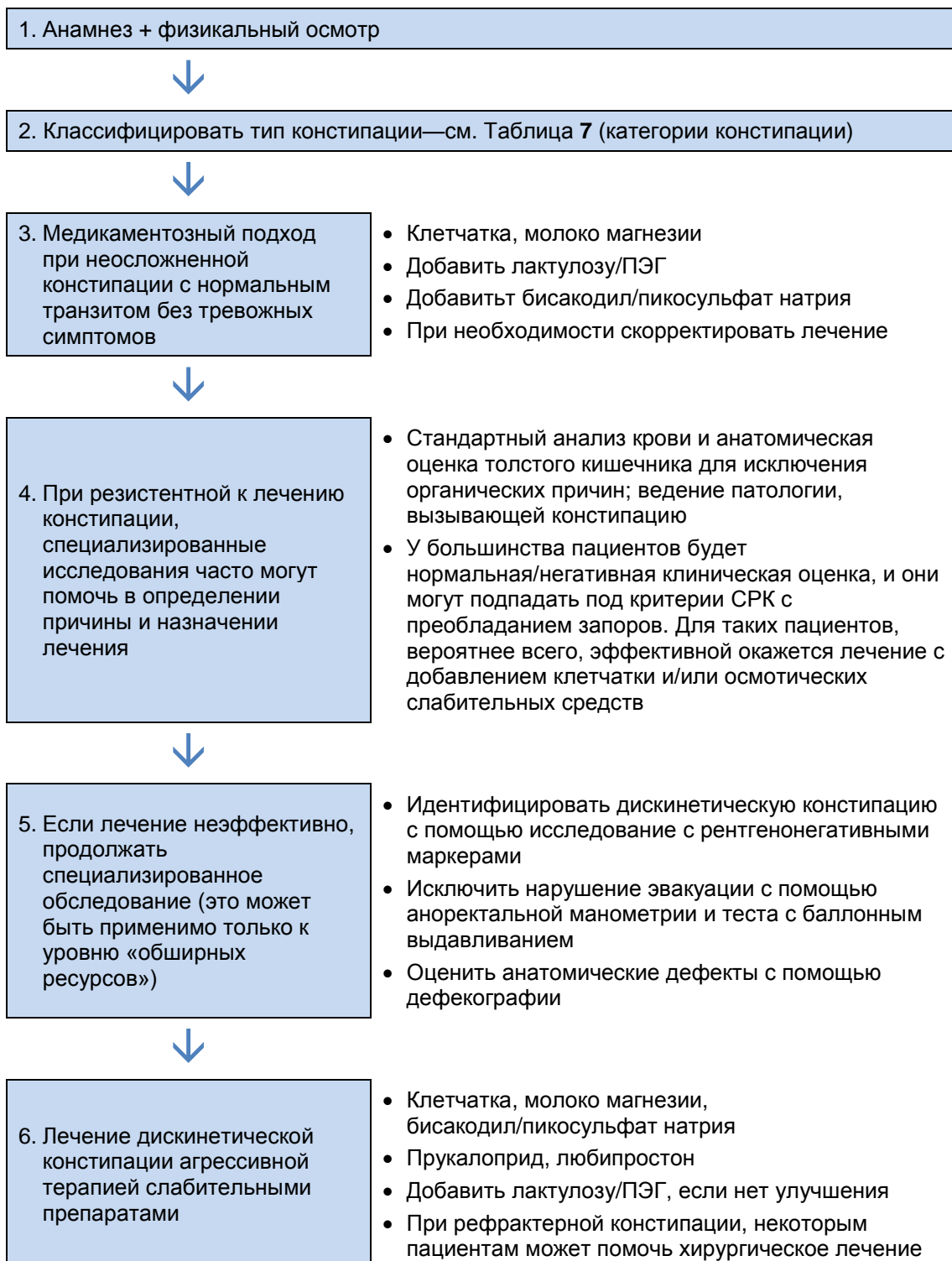
- Анамнез и общий физикальный осмотр
- Аноректальное исследование, заполнение недельной карточки по деятельности кишечника
- Исследование транзита с помощью рентгенонегативных маркеров
- Дефекография или магнитно-резонансная (МР) проктография
- Аноректальная манометрия

f) Электромиография (ЭМГ) сфинктера

5 4 Лечение

5.1 4.1 Схема общего ведения констипации

Таблица 8 Общее ведение констипации



СРК, синдром раздраженного кишечника; ПЭГ, полиэтилен гликоль.

5.2 4.2 Симптоматический подход

Если была исключена органическая или вторичная причина, то в большинстве случаев констипация может адекватно вестись с помощью симптоматического подхода.

- Поэтапный подход к лечению основывается на рекомендуемых изменениях стиля жизни и диеты, прекращении или уменьшении приема лекарственных препаратов, вызывающих констипацию, и добавлении клетчатки или других средств, увеличивающих объем стула. Обычно рекомендуется постепенное увеличение количества клетчатки (либо в виде стандартизированных добавок, либо включенной в диету) и прием жидкости.
- Вторым шагом в поэтапном подходе является добавление осмотических слабительных средств. Самыми лучшими показателями эффективности обладает полиэтилен гликоль, также эффективна лактулоза. Новые препараты любипростон и линаклотид действуют, стимулируя секрецию в подвздошной кишке, тем самым увеличивая количество воды в фекалиях. Прукалоприд также одобрен к применению во многих странах, в том числе в Европе.
- Третий шаг включает назначение стимулирующих слабительных, клизмы и прокинетики препараты. Стимулирующие слабительные могут быть назначены орально или ректально для стимуляции колоректальной двигательной активности. Прокинетики также предназначены для увеличения двигательной активности в толстом кишечнике, но, по контрасту со стимулирующими слабительными, которые должны приниматься только время от времени, они принимаются ежедневно.

5.3 4.3 Диета и добавки

- Диетическая модификация может состоять из диеты, богатой клетчаткой (25 гр клетчатки) и дополнительного количества жидкости (до 1.5–2.0 л/ в день), что может корректировать частоту стула и снижать потребность в слабительных средствах.
- Нет доказательств того, что меры по изменению диеты и стиля жизни могут оказать эффекта на констипацию у пожилых людей; для контроля над констипацией у этих пациентов обычно адекватным подходом является назначение добавок клетчатки и осмотических слабительных.
- Необходимо избегать назначения дополнительных количеств клетчатки у пациентов с дилатацией толстого кишечника.
- Добавки подорожника и лактулоза могут быть эффективны в лечении хронической констипации.

5.4 4.4 Медикаментозное лечение

- Нарушения эвакуации плохо реагируют на применение стандартных слабительных средств. Если нарушение эвакуации играет значительную роль в констипации, можно рассмотреть назначение терапии биологической обратной связи и тренировки тазовых мышц. Критическими факторами успеха являются уровень мотивации пациента, частота участия в

тренировочных программах и участие в ведении пациента психолога по поведенческим расстройствам и диетолога.

- Если диетический подход не эффективен, могут быть назначены полиэтилен гликоль (17 гр ПЭГ 14 дней) или любипростон (24 мг 2 раза в день) для стимуляции кишечной деятельности у пациентов с хронической констипацией.
- Прокинетики (например, агонист 5-НТ₄ рецептора прукалоприд) могут применяться при СРК с преобладанием запоров.
- Простые слабительные средства, такие как молоко магнезии, сенна, бисакодил и препараты, размягчающие стул, являются логичным выбором для лечения констипации.

5.5 4.5 Хирургия

- При длительной неэффективности лечения дискинетической констипации, тщательно отобранным, полностью обследованным и информированным пациентам может быть назначена тотальная колэктомия с наложением илеоректального анастомоза. Исключительные показания для колэктомии должны быть установлены в специализированном и обладающим опытом головном медицинском центре. Операция может дать разочаровывающие результаты, с фекальным недержанием, вызванном хирургическим вмешательством и рецидивом констипации, особенно у пациентов с нарушением эвакуации.
- Только у очень немногих пациентов отмечается эффект от (обратимой) колостомии при лечении констипации.

5.6 4.6 Заключение, основанное на доказательствах

Таблица 9 Заключение: доказательная база для лечения констипации (адаптировано из Rao SS, Gastrointest Endosc Clin N Am 2009;19:117–39)

Методы лечения обычно используемые при констипации		Уровень рекомендаций и степень доказательств
Средства, увеличивающие объем стула	Подорожник	Уровень II, степень В
	Поликарбофил кальция	Уровень III, степень С
	Отруби	Уровень III, степень С
	Метилцеллюлоза	Уровень III, степень С
Осмотические слабительные	Полиэтилен гликоль	Уровень I, степень А
	Лактулоза	Уровень II, степень В
Увлажняющие средства	Диоктил сульфосукцинат	Уровень III, степень С
Стимулирующие слабительные	Бисакодил/пикосульфат натрия	Уровень II, степень В*
	Сенна	Уровень III, степень С
Другие	Прукалоприд	Уровень I, степень А*
	Любипростон	Уровень I, степень А*

Методы лечения обычно используемые при констипации	Уровень рекомендаций и степень доказательств
Терапия биологической обратной связи при нарушении эвакуации	Уровень I, степень A
Линаклотид	Уровень II, степень B*
Хирургия при тяжелой инертности толстого кишечника	Уровень II, степень B

* Адаптировано авторами данных практических рекомендаций по констипации.

5.7 4.7 Каскадные варианты для лечения хронической констипации

Следующий каскад предназначен для пациентов с хронической констипацией без тревожных симптомов и подозрения (или очень легкого) на нарушение эвакуации. Главными симптомами могут являться твердый стул и/или редкая деятельность кишечника.

Уровень 1—ограниченные ресурсы

- Советы по диете (клетчатка и жидкость)
- Добавки клетчатки
- Молоко магнезии (гидроксид магния в адекватном разведении)
- Стимулирующие слабительные (бисакодил лучше, чем сенна) для временного использования

Уровень 2—средние ресурсы

- Советы по диете (клетчатка и жидкость)
- Добавки клетчатки, подорожник
- Молоко магнезии, лактулоза, макрогол
- Стимулирующие слабительные для временного использования

Уровень 3—обширные ресурсы

- Советы по диете (клетчатка и жидкость)
- Подорожник или лактулоза
- Макрогол или любипростон
- Прокинетики (прукалоприд)
- Стимулирующие слабительные (бисакодил или пикосульфат натрия)

5.8 4.8 Каскадные варианты для лечения нарушений эвакуации

Этот каскад предназначен для пациентов с хронической констипацией без тревожных симптомов, но с подозрением на нарушение эвакуации. Главными симптомами могут являться длительное натуживание, чувство неполной эвакуации, тонкий кал, чувство блокады или неэффективность лечения констипации с твердым стулом.

Уровень 1—ограниченные ресурсы

- Советы по диете и поведению (клетчатка, жидкость, тренировка кишечника)
- Терапия хронической констипации

Уровень 2—*средние ресурсы*

- a) Советы по диете и поведению (клетчатка, жидкость, тренировка кишечника)
- b) Терапия хронической констипации
- c) Терапия биологической обратной связи

Уровень 3—*обширные ресурсы*

- a) Советы по диете и поведению (клетчатка, жидкость, тренировка кишечника)
- b) Терапия хронической констипации
- c) Терапия биологической обратной связи
- d) Хирургическая оценка